

Kleintierpraxis Dr. Reinhard Goy

Anmeldebogen / Kundenumfrage

Liebe Kunden!

Wir freuen uns, Sie und Ihr Tier in unserer Tierarztpraxis begrüßen zu dürfen.

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen, damit wir Ihnen und Ihrem Tier schneller und besser helfen können.

(Der Datenschutz bleibt natürlich gewahrt)

Fragen zu Ihnen

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ / Ort _____
Telefon privat _____
Telefon beruflich _____
Beruf _____
email _____

Fragen zu Ihrem Tier

Tierarzt / Rasse _____
Rufname _____
 männlich männlich kastriert
 weiblich weiblich kastriert
Geburtsdatum _____
Körpergewicht _____
letzte Impfung _____
letzte Entwurmung _____
letzte Flohbehandl. _____
Haltung drinnen draußen beides
regelmäßige Medikamente _____

Vorbehandlungen

bekannte chronische Gesundheitsprobleme

spezielle Diät / Futter

regelmäßige Medikamente

jetzige Probleme

<input type="checkbox"/> schläft mehr	<input type="checkbox"/> ist unruhig
<input type="checkbox"/> frisst mehr	<input type="checkbox"/> frisst weniger
<input type="checkbox"/> säuft mehr	<input type="checkbox"/> säuft weniger
<input type="checkbox"/> übler Atem	<input type="checkbox"/> uriniert mehr
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Schmerzen _____	
<input type="checkbox"/> seit wann _____	

weiteres _____

Fragen zur Therapieart

- Ich möchte ausschließlich eine schulmedizinische Therapie
- Ich möchte ausschließlich eine ganzheitliche Therapie
- Ich bin für beide Therapiearten offen und überlasse es dem Tierarzt in Absprache mit mir, die jeweils beste Therapie für mein Tier auszuwählen
- Ich möchte mehr Informationen zu den Möglichkeiten der Bioresonanztherapie beim Tier

Die Bezahlung erfolgt nach Abschluss jeder Behandlung oder Operation in bar. Bei Erstellung und Zusendung einer Rechnung wird ein Verwaltungskostenbeitrag von 1,- € erhoben. Die Zusendung erfolgt am Monatsende. Die Preise richten sich nach der GOT und der AMPVO in der z.Zt gültiger Fassung. Ich erkenne die vorstehenden Bedingungen an und verpflichte mich, die entstehenden Behandlungskosten in voller Höhe zu bezahlen.

Gusborn, den _____

Unterschrift
